44e Année. — N° 36. Vendredi 3 Septembre 1897.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Etude sur un cas de pneumothorax chez un tuberculeux. Epanchement pleural consécutif nécessitant la ponction. Guérison de l'hydropneumothorax, par M. le Dr Leroux, 561. — **Clinique chirurgicale** : Congestion amygdalienne suppléant les fonctions menstruelles chez une opérée, par M. le Dr Sibut, 562. — **Revue de la presse** : Remarques sur les propriétés antivenimeuses de la bile des serpents et des autres animaux, 564. — **Académie de médecine** : *Séance du 31 août* 1897. Présidence de M. Caventou, 564. — **XIIe Congrès international de médecine** *tenu à Moscou du* 19 *au* 26 *août* (*suite*). — A propos d'un lymphangiome du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne et lésions éléphantiasiques du testicule. Considérations sur les orchites spéciales des pays chauds, 564. — Arythmie du cœur chez les enfants, 565. — Traitement précoce de la syphilis, 566. — Sur les toxines en dermatologie, 567. — Les vomissements incoercibles des femmes enceintes; leur guérison rapide, 568. — Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs. Description, diagnostic, traitement, 568. — De l'exploration externe, 569. — La sérothérapie dans l'infection puerpérale, 569. — La médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins, 569. — Pathogénie de l'obésité, 569. — De la physiologie pathologique des thromboses et des coagulations sanguines, 573. — Fragmentation spontanée des calculs urinaires, 573. — De la lithotritie en une séance comme le meilleur mode de traitement des calculs vésicaux de grandes dimensions, 573. — **Variétés** : Histoire d'un homme qui voit par le nez, 574. — **Nouvelles**, 574. — **Bulletin bibliographique**, 575.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Etude sur un cas de pneumothorax chez un tuberculeux. Epanchement pleural consécutif nécessitant la ponction. Guérison de l'hydropneumothorax (1).

Par M. le Dr Leroux

Dans une communication faite récemment à la Société médicale des hôpitaux, mon ancien maître et ami le Dr Troisier a montré que certains hydropneumothorax chez des tuberculeux pouvaient bénéficier de la thoracentèse et guérir par ce mode de traitement.

Le cas dont je vais entretenir la Société peut être rapproché de l'observation de Troisier et mène aux mêmes conclusions.

Une jeune fille de 19 ans, couturière, entre le 22 janvier 1895 dans mon service de l'hôpital Saint-Joseph, pour des accidents dont le début remonte au 9 décembre. Elle nous donne sur ses antécédents les renseignements suivants : Son père est mort accidentellement. Sa mère a une gastrite; elle a trois frères et sœurs bien portants; un frère est mort en bas âge. Elle n'a pas eu de maladies dans son enfance; a été réglée à 13 ans, mais d'une façon peu régulière; à 16 ans elle a été soignée à Lariboisière pour une laryngite catarrhale.

Depuis le mois de juillet elle tousse et a été soumise à un traitement créosoté, que d'ailleurs elle supporte bien et qui n'a altéré ni son appétit, ni ses digestions.

Le 9 décembre, après une courte période de douleurs au côté gauche, survint soudain une crise d'oppression extrême, avec cyanose des extrémités.

Le lendemain 10 décembre, le médecin pratique pour soulager la malade une ponction et retire de l'air, la dyspnée par le fait fut atténuée.

Au moment de son entrée, 22 janvier 1895, on constate que le côté droit est sain; du côté gauche en arrière on trouve les signes classiques de l'hydropneumothorax, la sonorité est exagérée dans les trois quarts supérieurs; à la base, matité hydrique, souffle amphorique.

Le bruit de flot s'obtient très nettement par la succussion, tout ce côté est presque immobile.

Le cœur est refoulé à droite, la matité n'arrive pas au mamelon droit. Sous la clavicule gauche, on retrouve la sonorité affaiblie du poumon comprimé.

Le 31 janvier, on voit que l'épanchement a augmenté, la matité remonte à l'angle inférieur de l'omoplate, en avant la matité sur la ligne mammaire mesure 10 centimètres, le bruit de flot est beaucoup moins accentué.

Le 5 février, la matité mammaire mesure 13 c. 1/2. On entend encore mais faiblement les bruits du cœur à 5 centimètres du bord gauche du sternum. On sent les battements en dehors et en dessous du sein droit; respiration abolie sous la clavicule gauche et dans toute la hauteur en arrière.

Le 11 février, le bruit de flot a totalement disparu. Le retentissement de la toux est identique des deux côtés; la respiration, normale à droite, est abolie à

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 29 juin 1897.

gauche. La matité n'a pas augmenté en arrière; en avant matité mammaire 12 centimètres.

21. La matité remonte en arrière à 2 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate et mesure 17 centimètres en avant.

25. Skodisme sous la clavicule gauche. La matité mammaire mesure 20 centimètres. Egophonie très nette à l'angle de l'omoplate gauche. Le cœur reste très déplacé; les bruits du cœur sont faibles.

La mensuration du périmètre thoracique pratiquée à 2 centimètres au-dessous des mamelons donne 79 c. dont 38 à droite et 41 à gauche, le côté gauche est très notablement bombé.

4 mars. La matité remonte en avant jusque sous la clavicule; en arrière, dans la fosse sus-épineuse, les bruits du cœur sont faibles. On pratique une ponction et on retire 600 grammes de liquide séreux, la matité descend en avant à la deuxième côte; en arrière à 6 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate.

11. La matité remonte sous la clavicule mesurant 25 centimètres on retire 700 grammes de liquide.

12. La matité antérieure mesure 21 centimètres. La sonorité de l'espace de Traube revient en partie; la respiration s'entend au sommet du poumon. Sonorité de la fosse sus-épineuse, les bruits du cœur ont repris leur force et les battements se sentent en dedans et près du sein gauche. La mensuration donne 77 cent. dont 39 à droite et 38 à gauche.

20. Dans presque toute la hauteur du poumon gauche en arrière la sonorité est diminuée, mais on entend la respiration, affaiblie il est vrai, jusqu'à l'angle de l'omoplate avec quelques petits frottements. Les vibrations thoraciques se sentent également des deux côtés, de même le son de la voix est à peu près également perçu. En avant la matité est limitée du 3e au 5e espace intercostal et les bruits du cœur s'entendent sous le sein droit. Le périmètre n'a pas varié depuis le 12. Une ponction exploratrice ne révèle l'existence que d'une petite quantité de liquide.

La malade part guérie de son pneumothorax, et en voie de guérison presque complète de l'épanchement secondaire.

Le poids initial, de 104 le 22 janvier, remonté à 108 le 11 février, est retombé à 106 le 22 mars.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Congestion amygdalienne suppléant les fonctions menstruelles chez une opérée,

Par M. le Dr SIBUT,
Interne de Saint-Lazare.

Bien que chacun, depuis Aristote, lui ait cherché des explications plus ou moins ingénieuses, la menstruation, dans ses causes, ses effets physiologiques, sa pathologie, présente encore bien des inconnues. La théorie classique de Négrier rattachant le flux menstruel à l'ovulation avait ruiné l'opinion des anciens laquelle, faute de mieux, se ralliait encore Mauricea que le sang menstruel fut un terrible poison corru teur du fer et du feu, comme écrivait Pline, capable tous les méfaits, comme le croit encore le populair Les progrès de la chirurgie aseptique, lui permettan les audaces abdominales, témoignèrent bientôt que ponte n'était pas l'unique cause du flux sanguin me suel. A la suite d'observations répétées de malad châtrées des deux ovaires et ayant eu après l'opér tion, soit régulièrement, soit irrégulièrement, des écou lements sanguins génitaux possédant toute l'apparen des règles ordinaires, on s'appliqua à dissocier le ph nomène de la menstruation. Nœggerath, Ritchie, Be gel, Slaviansky, de Sinéty distinguèrent dans l'ac menstruel une fonction ovarique et une fonction ut rine (1), c'est-à-dire que tout en reconnaissant l'i portance de la délivrance de l'ovule dans la productio de l'hémorragie menstruelle, ils émirent l'idée d'u congestion utérine intense, déterminant des ruptur capillaires.

Pour eux, cette congestion utérine relevait de de causes : d'abord la congestion d'ordre réflexe et sy pathique, due à la congestion et aux phénomènes ov riques, ensuite un processus spécial à l'utérus. s'appuyaient pour étayer ces idées sur de nombreus constatations cliniques et anatomiques.

Ils rappelaient en premier lieu les écoulements sa guins post-opératoires, métrostaxis de Spencer-Wel que leurs adversaires expliquaient par l'existen chez ces opérées d'ovaires supplémentaires, malgré rareté anatomique de ceux-ci, ou en admettant q les opérateurs avaient été bien souvent dans l'incap cité d'enlever sûrement toute la glande malade ento rée de fausses membranes, adhérente de toutes part Sappey, disaient en outre de Sinety et consorts, montré l'ovaire contenant 300.000 ovules, certes, cet provision d'œufs humains n'est pas épuisée à la mén pause, alors qu'est-ce que celle-ci ? Comme dernier a gument ils décrivaient les hémorrhagies suppléme taires, les règles déviées, l'ataxie menstruelle de Ra borsky, se manifestant aussi bien par le cuir chev que par les aisselles, les membres ou les muqueuses.

Les rapprochant des idées émises par ces gynécol gistes, Courty, Ph. Dubois, Pajot, Buéru de Boismo avaient remarqué et décrit chez un certain nombre femmes des règles supplémentaires correspondant milieu de la période intermenstruelle; à une époq correspondante ils n'avaient, chez d'autres femm constaté qu'une congestion violente de tout l'appar génital. Parmi eux, les uns considéraient ces fa comme pathologiques, les autres comme représenta le type de fonctionnement normal, les autres, enfi comme le type le plus parfait de l'organisation gé

(1) Ormières, Th. Paris.

le. L'idée venait alors que la menstruation pourrait être qu'une dépuration organique naturelle et providentielle.

Les femmes par leurs règles eussent éliminé des isons organiques nés du fonctionnement normal, chets physiologiques de leurs cellules. On niait dans sang des règles l'existence de la fibrine, rapportant lle que l'analyse chimique y décelait aux mucosités érines et vaginales; et expliquant par cette absence m de ses éléments normaux la toxicité du sang enstruel. Denis de Commercy et Bouchardat analyient à plusieurs reprises le sang menstruel, que, âce à certaines précautions, ils recueillaient pur et décelaient aucune différence chimique entre lui et sang normal intermenstruel. L'année dernière Charn, revenant sur la question, enseignait, dans ses ons cliniques de l'Hôtel-Dieu, sa théorie de l'auto-inxication, cause de la chlorose et accusait la toxhémie ovoquée par l'aménorrhée chlorotique de bien des énomènes cliniques et des symptômes marquant le cours de cette maladie.

Les inductions que l'on est en droit d'imaginer l'organe mâle à l'organe femelle donnent un poids nsidérable à l'hypothèse de la toxhémie menstruelle. Nos maîtres, Quénu et Sebileau ont montré tout l'antage, quant à l'état général post-opératoire du jet, que l'on retirait, dans les opérations pratiquées r des testicules tuberculeux, en conservant le plus ssible de la glande mâle, remplaçant la castration r l'épididimectomie. Il est possible que le testicule it en outre de sa fonction spermatogénique producur de substances organiques nécessaires au bon uilibre fonctionnel de l'économie. Ces testicules, nt les canaux secréteurs sont détruits et les vaisaux liées par le chirurgien, restent cependant en mmunication avec l'organisme grâce aux lymphatiies, principalement par les espaces de Lowe.

De même l'ovaire ne produirait-il pas de substances enfaisantes, ne serait-ce que parce qu'elles annihilient l'action d'autres substances organiques toxiues ?

L'observation que nous allons relater semble cliniement appuyer cette conception des fonctions ovariies, car ne saurait-on voir dans le gonflement périodique des amygdales de notre malade une manifestation térieure d'une hypérémie folliculaire dûe à une peractivité fonctionnelle, les tonsilles étant chez elle ligées, de par leur fonction lymphatique, de lutter ntre la toxhémie provoquée par la disparition chirurcale des ovaires?

N'y aurait-il pas dans cette conception de la mensuation l'explication des phénomènes morbides décrits maintes reprises chez les femmes ovariotomisées ? s troubles physiologiques et psychologiques post-opétoires ne reconnaîtraient-ils pas pour cause une inxication organique dûe à la non élimination de proits toxiques ou à leur non neutralisation ? La menducation d'organes génitaux femelles a été d'ailleurs préconisée, ces temps derniers, comme l'unique remède dans des cas semblables et elle aurait paru donner quelques résultats.

P... (Henriette), âgée de 20 ans, entre dans le service du Dr Jullien, avec le diagnostic d'amygdalopathie suspecte.

Bonne santé jusqu'à 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans, facilement, sans douleurs mais sans une régularité absolue. En 1895, à 18 ans, est ovariotomisée par Poirier pour une salpyngite double. L'opération réussit intrinsèquement à merveille.

Deux ou trois mois après, la malade constate que ses amygdales gonflent périodiquement, elle souffre tous les mois d'une dysphagie considérable. La malade sait pertinemment l'arrivée de cet accident. Comme lors de ses règles elle est mal à l'aise toute la journée, elle est en proie à une chaleur générale intense, elle est fébrile, il lui passe des frissons. Le soir, les amygdales commencent à gonfler, à augmenter de volume et dans la nuit acquièrent leur maximum de gonflement. Le malaise général cesse dès que la fluxion amygdalienne est parvenue à son complet développement.

Quand on place l'abaisse-langue dans la bouche de la malade, la langue une fois déprimée, on voit les tonsilles faire hernie dans la cavité buccale. La dépression de la langue agrandissant celle-ci, facilite leur projection en avant notamment pour l'amygdale gauche qui semble avoir un ressaut, quand, lancée comme par un ressort, elle passe le bord interne du pilier antérieur. Elle est considérablement plus volumineuse que la droite, sa grosseur est celle d'un œuf d'oie, celle de l'amygdale droite d'un œuf de poule moyen.

Au toucher, les tonsilles sont dures surtout la gauche, on sent que, sans que leur tissu ait intrinsèquement changé de consistance, elles sont formidablement tendues. On ne perçoit aucune pulsation, aucun battement sanguin à leur niveau.

La muqueuse n'a subi aucun changement de coloration, elle est normalement rosée. Le voile du palais est un peu rouge, mais normal.

L'amas de follicules clos qui, à la base de la langue, en arrière du V lingual, forme ce qu'on est convenu d'appeler la quatrième amygdale ne subit aucune modification.

Cet état persiste intégralement deux jours, le troisième l'état local s'amende, la fluxion amygdalienne diminue peu à peu et tout rentre dans l'ordre à la fin du quatrième jour, pour recommencer à nouveau au mois lunaire suivant.

En somme, fluxion amygdalienne périodique chez une ovariotomisée des deux organes, semblant suppléer à une fonction génitale disparue. Nous avons dit au début de cette note quelles idées nous avait suggérées cette singularité clinique. Nous ajouterons que, ces réflexions toutes hypothétiques ne sont pas pour nous des conclusions fermes; nous les avons émises pour tenter d'expliquer un fait curieux de physiologie pathologique.

Les sciences bénéficient de toutes les méthodes d'investigations, et bien qu'expérimentale, la médecine ne saurait mal se trouver de l'induction et de l'hypothèse.

REVUE DE LA PRESSE

Remarques sur les propriétés antivenimeuses de la bile des serpents et des autres animaux, par THOMAS FRASER. (*Brit. med. J.*, 17 juillet 1897). — Fraser avait montré que le venin de serpent introduit dans l'estomac d'un animal ne produit aucun trouble, alors même que la quantité est mille fois plus considérable que celle qui serait nécessaire pour tuer le même animal par des injections sous la peau. Le fait peut tenir ou à ce que ce poison est détruit par les sécrétions de l'estomac et de l'intestin ou à ce qu'il n'est pas absorbé; les deux hypothèses peuvent d'ailleurs être vraies en l'espèce. Mais Fraser a étudié l'action de la bile sur le venin de serpent et a constaté que cette action est suffisante pour expliquer l'innocuité de l'administration par la voie stomacale. Il s'est servi de la bile du cobra africain, du crotale, en a essayé les propriétés antitoxiques contre le venin du cobra de l'Afrique et de l'Inde. Etant donné qu'une dose de 0 gr. 00025 de venin est suffisante pour tuer 1 kil. du poids d'un animal, l'addition d'une petite quantité de bile d'un serpent venimeux suffit pour annihiler les effets toxiques du venin injecté sous la peau. Dans tous les cas, la quantité de bile (calculée sous forme sèche) nécessaire pour produire ce résultat, est inférieure à la quantité de venin nécessaire à produire la mort.

La bile des serpents non venimeux possède également la propriété d'anéantir la toxicité du venin, mais la quantité nécessaire est beaucoup plus considérable, bien qu'elle soit encore très faible. Fraser a fait les mêmes expériences avec la bile de bœuf. Or celle-ci possède un pouvoir antitoxique contre le venin de serpent, mais ce pouvoir est soixante-onze fois moins considérable que les biles les plus actives de serpents venimeux.

Fraser a cherché ensuite les raisons de ces différences et a soumis à l'analyse la bile de différents animaux. Il a trouvé que ce sont les éléments précipités par l'alcool et solubles dans l'eau qui jouissent de propriétés antivenimeuses. Mais ces dernières propriétés se montrent seulement lorsqu'on mélange la bile au venin; il n'en est plus de même si l'on fait d'abord l'inoculation du venin et si on injecte ensuite les éléments de la bile. L'injection de bile chez les animaux retarde la mort, mais ne l'empêche pas, et il faut ajouter encore que la bile injectée sous la peau exerce une action toxique. La bile ne pourrait donc servir comme antidote que si elle était appliquée immédiatement sur le siège de la morsure. Toutefois Fraser croit que les éléments antitoxiques de la bile, surtout de la bile des serpents possèdent cette action antitoxique à un degré de beaucoup supérieur à celui que possèdent les sérums antivenimeux.

Il est intéressant de constater que la bile de serpent entre dans la composition des remèdes employés avec confiance par les indigènes de l'Afrique contre les morsures de serpent. Des praticiens spécialistes de l'Afrique administrent dans ces cas des remèdes contenant de la bile de serpent ou bien les appliquent sur la morsure.

Il est possible que la bile possède une action antitoxique sur les toxines microbiennes, ce qui expliquerait l'action favorable des cholagogues pour combattre des auto-intoxications d'origine intestinale. L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 août 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. CADET DE GASSICOURT lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de Luys, au nom de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le Dr Surmay (de Ham), correspondant de l'Académie.

A 3 heures et demie la séance est levée.

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

(*Suite* (1).

A propos d'un lymphangiome du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne et lésions éléphantiasiques du testicule. Considérations sur les orchites spéciales des pays chauds. — M. le professeur DENTU. En 1881, j'ai eu à traiter une hydrocèle chyleuse. Dans le liquide existaient des embryons de la *filaria sanguinis*. C'était la première fois que je rencontrais ce parasite découvert par Demarquay en 1863, dans des conditions identiques.

En 1884, à propos de ce cas, j'ai lu devant la Société de chirurgie un travail sur les accidents causés par la filaire en général, et surtout sur les hydrocèles chyleuses.

En 1887, j'ai attiré l'attention de mes collègues de la Société de chirurgie sur certaines indurations du testicule, ressemblant beaucoup à la syphilis de cet organe, que j'avais observée plusieurs fois sur des habitants de la zone tropicale. Frappé de la coïncidence possible, mais non constante, de ces indurations avec l'éléphantiasis du scrotum, je les ai considérées comme de la même nature que ce dernier, et je n'ai pas craint d'intituler mon travail : *De l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum.*

En 1890, une castration unilatérale rendue nécessaire pour une opération autoplastique, sur un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum, m'offrit l'occasion d'étudier les lésions spéciales du testicule et de constater qu'elles étaient bien, comme l'éléphantiasis cutané, d'origine lymphangitique. Le rapprochement que j'avais fait des deux ordres de lésions était donc exact. Le résultat de l'examen histologique du testicule est consigné dans les *Bulletins de l'Académie de médecine* de 1890. Un fait en ressort nette-

(1) V. *France médicale*, nº 35, p. 557.

ent, c'est que, ainsi qu'il fallait s'y attendre, l'induration ro-laminaire siège presque exclusivement dans l'épidi- me, la tunique vaginale et l'albuginée.

Enfin, cette année (1897), j'ai eu à donner des soins à un une homme de vingt-trois ans, né aux Antilles, chez qui istaient en même temps une induration éléphantiasique testicule, une hydrocèle, une entérocèle inguinale et e tumeur du canal inguinal, empiétant sur les bourses, i ressemblait beaucoup à une épiplocèle adhérente.

La cure radicale de cette lésion et l'extirpation de cette meur furent jugées nécessaires pour diverses raisons. cours même de l'opération, il fut reconnu qu'à côté de ntérocèle se trouvait non une épiplocèle adhérente, mais *lymphangiome* et un *variocèle lymphatique* volumi- ux.

Quant à l'*hydrocèle*, elle avait été ponctionnée plusieurs urs auparavant. Le liquide, absolument normal d'ailleurs, ntenait *un grand nombre de filaires vivantes*.

Le malade éprouvait depuis plusieurs années des acci- nts particuliers consistant en crises de douleurs, accom- gnées de fièvre, de vomissements et de gonflement, ant leur point de départ dans le testicule droit et remon- nt vers la fosse iliaque et le flanc jusqu'aux reins. Il ait vu apparaître l'hydrocèle et la tumeur mixte du canal guinal (hernie et lymphangiome) depuis plusieurs mois. es crises douloureuses ayant pris, au mois de février de tte année, une intensité extraordinaire, le malade s'est solu à changer de climat.

La pièce offre un vif intérêt. D'une part, le testicule en- vé présentait les mêmes lésions déjà décrites en 1890 à Académie de médecine (*lymphangite chronique* de l'épi- dyme et des enveloppes testiculaires, avec *hyperplasie njonctive* consécutive) ; d'autre part, elle offrait à l'exa- en un *lymphangiome* de grandes dimensions, qui plon- eait dans le bassin en même temps qu'il descendait dans scrotum, et qui était escorté par un énorme *varicocèle mphatique* sans connexions apparentes avec lui.

La tumeur était constituée par un amas de vaisseaux mphatiques, la plupart de nouvelle formation, dilatés en acuoles dont quelques-unes contenaient un liquide lou- ne, un peu lactescent, où il n'a pas été trouvé de filaires.

Les suites de l'intervention furent assez inquiétantes pen- ant une période de quelques jours. Il fallut inciser une meur liquide développée dans la cavité abdominale et où il s'échappa du sang pur, liquide et en caillots. A haque pansement, du sang s'écoulait, sans qu'on pût se ndre compte de son origine. Puis, des vomissements vio- nts se déclarèrent, vomissements bilieux, accompagnés ictère et de douleurs dans la région de la vésicule bi- aire, comme s'il s'était agi de coliques hépatiques; mais es accidents devaient se rapporter à l'existence de grosses arices lymphatiques, et peut-être d'un adénolymphocèle u groupe ganglionnaire préaortique. Actuellement, le alade est guéri.

A propos de ce cas extrêmement intéressant, *où le palu- isme n'a joué aucun rôle*, où la filaire a eu certainement n rôle prédominant, sinon exclusif, M. Le Dentu développe es considérations sur les accidents propres aux pays hauds qu'un certain nombre d'auteurs, Manson, Lews, ayrer, Bancroft, Magalhaes, Audain, attribuent sans hési- ation à l'influence de ce parasite. Il aborde aussi la ques- ion de l'*orchite paludéenne* et en met en doute l'existence, pour la raison que le paludisme est bien loin d'être toujours démontrable chez les sujets qui en sont atteints, et qu'elle apparaît exclusivement dans des régions où la filariose est endémique.

Le seul point douteux est de savoir s'il ne faut pas que le système lymphatique ait été préparé, *par une résidence prolongée dans les pays chauds*, à recevoir l'action de la filaire. En effet, *les individus fraîchement établis dans ces pays chauds sont indemnes d'accidents*. Sauf cette réserve, l'action du parasite est incontestable, quoiqu'on ne puisse pas toujours arriver à en démontrer l'existence par l'examen du sang.

Il convient de diviser les accidents testiculaires en aigus, subaigus et chroniques. Ces derniers peuvent être chroniques d'emblée, sans avoir été précédés de poussées aiguës, et ne sont pas toujours accompagnés d'éléphantiasis scrotal. Ils méritent spécialement la dénomination d'éléphantiasis du testicule.

Le diagnostic avec la syphilis tertiaire est parfois très délicat. Le défaut de tout accident spécifique préalable, l'état stationnaire, l'impuissance du traitement spécifique sont des motifs de différenciation très importants.

Le changement de climat, le passage dans une zone tempérée ou froide, arrêtent l'évolution des accidents plus ou moins rapidement. Peut-être l'électrolyse les ferait-elle rétrograder, comme lorsqu'on a affaire à un lymphangiome proprement dit.

Arhythmie du cœur chez les enfants. — M. le Dr J. Comby (de Paris). Quand les battements du cœur sont inégaux en force, en durée, quand ils sont troublés par des intermittences, par des faux pas, on dit qu'il y a *arhythmie*. Ce trouble fonctionnel est extrêmement fréquent chez les enfants, indépendamment de toute lésion organique du cœur ou du cerveau. Nous laisserons de côté l'arhythmie des cardiopathies et des encéphalopathies. On remarque que l'arhythmie ne s'associe pas avec la tachycardie; quand le pouls est rapide, il n'est pas irrégulier ; pour être nettement arhythmique, il faut qu'il soit lent ou peu accéléré. On peut répartir les enfants arhythmiques en six catégories principales :

1° *Arhythmie des enfants bien portants.* — Il faut qu'on sache bien que les irrégularités du pouls sont communes chez les enfants de tout âge, à l'état de sommeil comme à l'état de veille. Il y a donc une arhythmie essentielle ou physiologique, permanente ou intermittente.

2° *Arhythmie toxique.* — Les solanées, les opiacés, la digitale, l'éther, le chloroforme, l'oxyde de carbone, etc., peuvent causer l'arhythmie du cœur. Quand l'empoisonnement accidentel ou médicamenteux est poussé assez loin, le pouls se ralentit à un degré très accusé, la claudication du cœur s'accentue, la face devient pâle, il y a des nausées, etc. Tout indique l'urgence de la suppression du remède, de l'agent toxique qui a provoqué les accidents.

3° *Arhythmie d'origine gastro-intestinale.* — Les troubles digestifs, les infections intestinales diverses, l'embarras gastrique, la constipation entraînent souvent l'arhythmie, par une sorte d'auto-intoxication comparable à l'hétéro-intoxication citée plus haut. Quand à l'arhythmie, se joignent de la céphalée, des vomissements, de l'abattement, on est porté à redouter la méningite ; or, l'administration d'un purgatif, du calomel, des antiseptiques intestinaux, triomphe de cette pseudo-méningite. L'arhythmie de l'ic-

tère catarrhal est aussi une arhythmie par auto-intoxication. Quant à celle de la lombricose, elle peut être aussi bien dite *réflexe* que *toxique*.

4° *Arhythmie des états diathésiques.* — Les enfants obèses, asthmatiques, diabétiques, chlorotiques, albuminuriques, rachitiques, présentent assez souvent de l'arhythmie cardiaque liée à leur état constitutionnel, au ralentissement de leur nutrition générale, etc. Du moins il est impossible de trouver une autre cause.

5° *Arhythmie de la chorée et des névroses.* — La chorée trouble fréquemment le rythme du cœur sans qu'il ait aucune lésion de l'endocarte ou du péricarde ; il semble que l'incohérence des membres ait gagné le muscle cardiaque. Les hystériques, les neurasthéniques, les enfants qui se livrent à l'onanisme ont aussi l'arhythmie en même temps que des palpitations cardiaques.

6° *Arhythmie de convalescence.* — La convalescence de la plupart des maladies aiguës fébriles est marquée par un ralentissement du pouls avec arhythmie. J'ai vu le pouls d'enfants atteints de pneumonie, de fièvre typhoïde, tomber, au moment de la convalescence, à 60, 50, 48, 44, 42 même. Cette arhythmie persiste 8, 15 jours, un mois, 40 jours dans un de mes cas. Elle coïncide parfois avec l'hypothermie. J'ai vu, à la suite de la grippe, un enfant tomber dans une somnolence et présenter une arhythmie des plus marquées; on croyait à la méningite, il a guéri en quelques jours.

Quelle est la pathogénie de l'arhythmie cardiaque? Elle peut être d'origine réflexe ou d'origine toxique. L'arhythmie des états nerveux, l'arhythmie émotionnelle, psychique, est sans doute réflexe. L'arhythmie des empoisonnements et des maladies infectieuses, celle des dyscrasies, des gastropathies, etc., est évidemment toxique (auto ou hétéro-intoxication suivant les cas). Les toxines ou les poisons charriés par le sang vont troubler l'innervation du cœur, exciter le pneumogastrique, qui est le nerf d'arrêt. Cependant, il faut admettre parfois une inflammation ou une dégénérescence du myocarde; les morts subites ou rapides observées à la suite de la diphthérie et des grandes infections, avec ralentissement et arhythmie du cœur, relèvent sans doute de ce mécanisme.

La valeur séméiologique de l'arhythmie est des plus restreintes. Il faut bien savoir que ce trouble est fréquent, qu'il est loin d'être un symtôme inhérent à la méningite; il ne faut donc pas s'effrayer quand on l'observera chez un enfant. Il semble même que l'arhythmie soit quelquefois un symptôme favorable, un phénomène *critique* (convalescence des maladies aiguës).

Le traitement de l'arhythmie en elle-même n'existe pas; il faut remonter à la cause et la traiter quand elle est accessible. L'enfant prend-il de la digitale? L'arhythmie indiquera qu'il faut s'arrêter. Est-il nerveux, excitable; on le privera de tous les excitants (vin, café, thé). Est-il constipé, a-t-il des troubles digestifs; on le saignera. Mais s'il y a des accidents inquiétants, des menaces de syncope, on fera des excitations de nature à tonifier le cœur et le système nerveux (frictions, injections de caféine, éther, huile camphrée, sérum artificiel, électrisation, etc.).

Traitement précoce de la syphilis. — M. Barthélemy (de Paris). Quand doit-on commencer le traitement de la syphilis par le mercure? Pendant combien de temps le traitement de la syphilis doit-il être continué? Faut-il traiter la syphilis seulement au moment de l'apparition des accidents de cette infection — ou bien faire le traitement préventif en dehors de ces accidents?

La syphilis est une infection primitivement locale, très rapidement généralisée, qui est engendrée par la pénétration d'un virus spécifique, un et toujours identique à lui même, dans l'organisme, alors que cet organisme est en pleine santé. La tuberculose a besoin pour se développer d'un terrain depuis longtemps déprimé et fortement dénourri et on ignore toujours le moment précis où l'agent pathogène s'introduit dans l'organisme. Dans la syphilis on le sait mieux et bien plus vite que pour la tuberculose mais on le sait moins vite que pour la vaccine et pour la rage qui débutent par un signal traumatique des plus nets. Quoiqu'il en soit, par la syphilis, est réalisée dans l'organisme contaminé une véritable expérience évoluant en actes multiples, en nombreuses années, dans une marche chronique et vers une échéance loitaine : c'est la lutte entre l'organisme sain et le virus pathogène, entre l'assiégé et l'assaillant, et l'observateur peut assister aux assauts soutenus, aux attaques souvent furieuses et répétées sans trêve livrées par l'agent envahisseur, comme il est témoin de la défense parfois heureuse de l'économie et c'est précisément parce que le malade peut guérir, parfois même presque spontanément, qu'il faut à tout prix et le plus tôt possible seconder les efforts de la nature.

Si c'est bien ainsi que l'infection s'effectue, procède et évolue, comment le médecin, qui n'a pas d'autre raison d'être que de guérir et de soulager les malades, ne s'empresserait-il pas et ne s'efforcerait-il pas, sans perdre le plus petit espace de temps, d'aider l'organisme à se défendre aussitôt même que le besoin d'assistance se ferait sentir; pourquoi imposer un délai quelconque? pourquoi refuser, ne fût-ce qu'un instant, le renfort que l'organisme implore dans sa détresse? Pourquoi en un mot ne pas administrer, sans le moindre retard, le remède, le contre poison, le parasiticide par excellence? Tous les arguments de la doctrine de temporisation sont aujourd'hui réduits à rien; l'accord est fait unanime, me semble-t-il, pour combattre la redoutable infection avec toute la vigueur, la méthode, l'intensité et la persévérance nécessaires, mais aussi avec toute la rapidité possible : « Aussitôt que le diagnostic de syphilis est certain, donner le mercure; savoir, au contraire, s'abstenir de toute médication spécifique tant qu'il subsiste un doute sur la nature du mal. » Voilà les deux règles dont le praticien ne doit plus se départir : dans le doute il faut s'abstenir, mais dès que la contamination spécifique est démontrée, il y a lieu de commencer le traitement mercuriel. Plus tôt l'eau est jetée, plus tôt l'incendie éteint, à condition toutefois qu'il y ait assez d'eau et qu'elle soit lancée avec assez de force et de discernement pour bien maîtriser le feu?

La syphilis étant une maladie rapidement généralisée *morbus totius substantiæ*, le mal existe tout aussi bien quand il reste silencieux et latent que quand il se manifeste par une expression locale quelconque : ce n'est pas parce qu'il déborde que le vase est plus rempli! Agir autrement serait manquer de logique, ce serait traiter les syphilides et non la syphilis. Il y a donc lieu de combattre la diathèse le plus tôt possible, le plus près possible de son début, et par l'emploi méthodiquement et alternativement donné cessé et repris, c'est-à-dire dosé proportionnellement à la tolérance respective de chaque organisme, des médicaments spécifiques.

De tous, le plus puissant dont nous puissions disposer jusqu'à ce jour est le mercure. S'il était une substance plus puissante, c'est à cette dernière qu'il faudrait, sans plus d'hésitation que de retard, recourir. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas d'autre agent que le mercure. « Mercuro victori! » c'est par lui qu'on aidera le mieux l'organisme à triompher de l'agent envahisseur.

C'est donc lui qu'il faut employer exclusivement, à moins d'indication exceptionnelle pour l'iode ; il faut employer le mercure à dose suffisante pendant un temps assez prolongé, et le plus vite possible, d'autant plus qu'on ne connaît encore aucune espèce de critérium capable de fixer, avec quelque chance de certitude, le pronostic dès le début d'une infection syphilitique.

Cette mesure est précieuse pour le patient dont les accidents sont rendus plus légers, plus superficiels, moins durables et moins fréquents. Elle est utile aussi pour l'entourage dont les chances de contamination sont réduites au minima.

Il n'y a pas encore de meilleur procédé connu pour que les éléments de contagion soient atténués, agir vite, c'est peut-être sauver de la contagion la famille présente et à venir.

Il faut donner le mercure de façon à stériliser le mieux et le plus profondément possible l'organisme ; il faut inoculer l'organisme dans sa totalité et jusque dans ses tissus les plus reculés, dans ses artérioles les plus lointaines, dans les limites bien entendu de la tolérance individuelle.

Jadis les frictions hydrargyriques faites dès le début étaient à juste titre considérées comme la médication héroïque, comme le traitement d'assaut, selon l'expression de Charcot. Aujourd'hui les injections intrafessières de préparations mercurielles insolubles semblent, avec le temps, le moyen le plus énergique de lutter contre la vérole et le plus capable d'en atténuer l'intensité, la virulence et la durée. Voici comment on procède : dès le début du chancre, prescrire des séries d'injections hebdomadaires, six dans les cas moyens, huit et douze dans les cas graves, d'abord d'huile au calomel, 0 gr. 05 par gramme, puis d'huile grise, selon la formule bienfaisante de Lang, trois gouttes et demie, soit 7 centigrammes de mercure métallique par dose. Selon les tolérances individuelles, ces séries sont répétées avec plus ou moins d'intervalle. D'ordinaire, je conseille de faire un traitement actif pendant 8 mois sur les 12 de la première année d'infection, puis 6 pendant la seconde, puis 3 pendant la troisième, puis, sauf indication nouvelle, je reste un an sans faire de traitement, puis je reprends 2 mois par an pendant encore 3 années. Les résultats statistiques semblent très favorables au mode de traitement ainsi institué, en somme, c'est la méthode thérapeutique de l'illustre maître Fournier adaptée au système des injections insolubles intramusculaires. Les injections solubles, par suite sous-cutanées, soit de cyanure d'hydrargyre (solution aqueuse à 1/100), soit de biiodure d'hydrargyre (1 centigramme par gramme d'huile) devant être renouvelées tous les deux jours, ne peuvent être admises comme système courant de traitement prolongé.

Sur les toxines en dermatologie. — M. le Dr Hallopeau (de Paris). L'introduction de la notion des toxines dans l'interprétation des phénomènes pathologiques doit être considérée comme un progrès aussi fécond en conséquences doctrinales et pratiques que la découverte par l'histologie des unités cellulaires et que celle des microbes. On peut dire qu'elle constitue une véritable révolution, car elle a modifié de fond en comble l'interprétation de la plupart des phénomènes morbides. Ce travail a pour objet de résumer les acquisitions nouvelles qui en ont résulté pour la dermatologie.

Nous entendons par *toxines toutes les substances morbifiques produites par des êtres vivants*. La condition essentielle de leur production est l'activité cellulaire ; à chaque activité cellulaire appartient la genèse de produits qui lui sont propres et peuvent rester incorporés à l'élément anatomique, s'accumuler dans le tissu ambiant, pénétrer dans la circulation lymphatique ou sanguine, s'éliminer primitivement ou secondairement, avec les produits de sécrétion : d'où l'apparition possible de phénomènes morbides, au point de vue qui nous occupe, soit dans un territoire limité du tégument externe, soit en diverses parties de sa surface, soit dans sa totalité. Ils peuvent se développer chez le sujet générateur des toxines ou chez d'autres êtres vivants auxquels est transmis le produit nocif.

Le champ des toxines ainsi conçues est des plus vastes, puisqu'il comprend, non seulement tous les venins ou poisons, mais aussi tous les produits de sécrétion et de désassimilation des organismes vivants et des parasites qui s'y multiplient ; bien plus les tissus et surtout les liquides normaux de chaque espèce vivante peuvent devenir nocifs pour d'autres espèces.

M. A. Gautier, en étudiant ces produits au point de vue de la chimie et de la biologie, est arrivé à les grouper en trois grandes classes : les leucomaines, les ptomaines, et les toxines proprement dites.

Il faut tenir grand compte, dans l'interprétation pathogénique des toxines, non seulement de la nature de l'agent, mais aussi du terrain que lui offre le sujet affecté en raison de sa constitution, de son âge et des conditions dans lesquelles il se trouve au moment où il est exposé à l'action nocive. Les toxines peuvent être exogènes, endogènes, ou d'origine mixte.

Toxines exogènes. — Ce sont les venins, les poisons, les liquides et les tissus d'autres espèces animales.

Leur action s'exerce soit au niveau de la porte d'entrée, sous la forme d'érythèmes, de vésications, de suppurations, d'urticaires, de purpuras, plus rarement de gangrènes, parfois de dyschromies telles que celles qui caractérisent l'action des Pediculi pubis et de sensations anormales, le plus souvent prurigineuseuses ou cuisantes. Elle peut se traduire à distance ou se généraliser à toute la surface cutanée.

Certaines de ces toxines, par exemple celles qu'engendrent certains Mollusques, n'agissent qu'après avoir été introduites dans les voies digestives ; les champignons des teignes agissent par l'intermédiaire de toxines.

Toxines endogènes. — Elles peuvent provenir de troubles dans le fonctionnement cellulaire ou de la résorption de produits de sécrétion normaux ou altérés.

Les produits de fonctionnement cellulaire peuvent devenir nocifs, soit par leur quantité exagérée, soit par leur altération, sous l'influence tantôt d'une prédisposition héréditaire ou acquise, tantôt d'une altération passagère ou durable du milieu interne que constituent les humeurs : cette altération peut être elle-même d'origine extérieure, accidentelle ou provoquée par un trouble dans telle ou telle autre fonction de l'organisme.

Parmi ces produits d'origine viscérale, qui peuvent don-

ner lieu à des altérations cutanées, on doit mentionner la thyroïdine et les substances qui s'accumulent lorsque le corps thyroïde est détruit, les sécrétions des capsules surrénales (mélanodermie), les substances anormales qu'engendre la ponte menstruelle, etc.

Parmi les produits de sécrétion dont la surabondance, l'altération ou l'élimination insuffisante sont causes d'intoxication, il faut surtout citer la bile, le glucose et les matériaux des sécrétions urinaire et sudorale. Tomasoli a mis en relief l'influence des auto-toxines sur la genèse des hyperkératoses.

Toxines d'origine mixte. — Celles qu'engendrent les microbes introduits dans l'organisme doivent être considérées comme telles, car si l'agent qui les produit vient directement ou indirectement du dehors, il les engendre à l'aide des éléments qu'il trouve dans les cellules ou les liquides de l'organisme. Le fait est de toute évidence pour les fermentations des voies digestives, envahies incessamment par de nombreuses colonies microbiennes qui y sécrètent des toxines aux dépens, soit des aliments, soit des produits de sécrétion. L'organisme est protégé contre elles, surtout par l'épithélium et par le foie (Roger). La bouche est le siège fréquent de résorptions infectieuses : c'est là une cause d'altérations cutanées dans les pyrexies. La résorption des produits toxiques élaborés dans l'estomac dilaté est cause d'acné, d'eczéma et d'urticaire ; les taches rosées typhiques sont dues à l'action de toxines développées dans l'intestin.

Bouchard et Charrin ont montré que les toxines engendrées par les microbes ont la même action pathogénétique que ces microbes eux-mêmes. L'action des toxines microbiennes peut rester limitée au voisinage immédiat de leur foyer générateur ; il en est ainsi dans les tuberculoses localisées, le chancre simple, les condylomes, le molluscum contagiosum, les acnés, les folliculites pustuleuses et le furoncle ; d'autres peuvent se répandre excentriquement. Il en est ainsi de la tuberculine, quand elle donne lieu à la production de lichen scrofulosorum autour de foyers lupiques ; certains microbes, après s'être primitivement localisés, produisent secondairement des phénomènes d'infection qui peuvent eux-mêmes rester localisés ou se généraliser ; si l'on ne retrouve pas dans ces manifestations secondaires le microbe pathogène, c'est qu'elles sont dues à la résorption de toxines. Il en est ainsi dans la diphtérie où l'on voit apparaître secondairement des éruptions semblables à celles que produisent les injections du sérum : dans la blennhorragie dont les toxines vont provoquer en même temps que des arthropathies, soit des éruptions pseudo-exanthématiques, soit des élevures cornées, dans la coli-bacillose, dans le choléra, dans la tuberculose et la farcinose.

Le mode d'action de certaines toxines peut être très divers : c'est ainsi que celles de la tuberculose peuvent rester localisées autour des foyers microbiens et donner lieu, soit au tubercule anatomique, soit à d'autres néoplasies isolées et circonscrites, qu'elles peuvent se propager de proche en proche, comme dans le lichen scrofulosorum et, enfin, qu'elles peuvent aller provoquer à distance diverses autres manifestations de la tuberculose, telles que les folliclis de Barthélemy, les acnés dites des cachectiques et des scrofuleux, diverses folliculites isolées ou agminées, compliquées ou non d'éruptions pemphigoïdes, et des éruptions papulo-érythémateuses persistantes ; les manifestations pseudo-exanthématiques du lupus érythémateux doivent être interprétées dans le même sens ; il en est vraisemblablement de même des éruptions érythémateuses aiguës, que l'on observe dans le farcin, la lèpre et les mycosis, les toxines interviennent, selon toute vraisemblance, dans la genèse des eczémas, des psoriasis, des purpuras, des éruptions pemphigoïdes non tropho-névrotiques.

Les toxines jouent un rôle prépondérant dans la genèse des dermatoses ; il appartiendra à l'avenir de déterminer la constitution chimique exacte de chacune d'elles.

Les vomissements incoercibles des femmes enceintes ; leur guérison rapide. — M. le Dr Jules Geoffroy (de Paris). Appliquant la méthode de la *palpation prolongée* du tube digestif à l'examen des femmes grosses, atteintes de vomissements incoercibles, M. le Dr Jules Geoffroy (de Paris) est arrivé à constater que ces vomissements étaient dus à une contracture réflexe du tube digestif, pylore, duodénum, mais plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon.

La contracture du pylore et du duodénum étant elle-même secondaire et résultant de celle de l'angle ilio-pelvien du côlon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir.

La *palpation prolongée*, qui permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, en constitue aussi le traitement ; son action est certaine et rapide. En une, deux ou trois séances très courtes, elle calme l'hyperesthésie, fait cesser la contracture. La disparition de ces phénomènes entraîne celle des vomissements dont ils étaient la cause et la guérison s'établit ainsi rapidement. L'auteur rapporte plusieurs observations concluantes à l'appui de sa découverte.

Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs. Description, diagnostic, traitement. — M. le Dr Jules Geoffroy (de Paris). Dans les travaux d'ailleurs très remarquables qui ont été publiés au cours de ces dernières années, on a absolument laissé de côté l'étude du rôle que joue le tissu musculaire dans les états physiologiques et pathologiques de l'appareil digestif ; ou, du moins, on ne s'en est occupé que pour réduire sa pathologie à l'atonie. Il faut cependant réfléchir que, quand un muscle est frappé d'atonie, c'est, ou bien que le système nerveux qui l'anime est lui-même atteint, ou que le muscle a été soumis à un travail excessif ou trop prolongé : l'atonie est une conséquence dont il n'est pas oiseux de rechercher la cause. C'est cette importante période d'activité exagérée, maladive, de la fibre musculaire des voies digestives que le Dr J. Geoffroy veut désormais faire entrer en ligne de compte dans l'étude des affections digestives.

Il fait remarquer que, si les fonctions physiologiques dévolues à l'estomac et à l'intestin ne peuvent aucunement s'accomplir sans l'intervention directe et constante de leur tunique musculeuse, par contre il faut bien reconnaître que toutes les affections de ces organes retentissent sur elle par la voie du système nerveux, en produisant d'abord le spasme et la contracture, plus tard, mais plus tard seulement, l'atonie et la dégénérescence. Pour l'auteur, spasme et contracture ne sont que la réaction des fibres musculaires lisses de l'appareil digestif en présence de l'état pathologique de la muqueuse et de ses sécrétions, ou des tiraillements que l'organe peut subir dans ses déplacements (ptoses). Il va plus loin, et, considérant la richesse nerveuse du tube digestif avec son double plexus, il pense que, sous

eule influence du système nerveux, il peut se produire susceptibilité, une irritabilité de la fibre musculaire e (états moraux, fatigues, surmenages, névropathie, térie) capable d'engendrer à elle seule le spasme et la tracture et les phénomènes pathologiques qui en sont onséquence.

uand le tube digestif est affecté de spasme et de con-cture, que l'affection soit primitive ou secondaire, la ulation intérieure et l'élaboration des matériaux de la estion se trouvent arrêtées, de même que leur absorp-n et l'élimination de leurs résidus; la circulation san-ne rencontre elle-même des difficultés qui, ajoutées à itation des plexus nerveux gastro-intestinaux, exercent influence fâcheuse sur l'état général de la constitution. e crée ainsi des états morbides qui varient suivant la alisation des phénomènes de spasme et de contracture, ur lesquels l'auteur appelle l'attention.

n face de ces obstacles mécaniques, il faut reconnaître puissance de la thérapeutique pharmaceutique. Que vent en une telle occurence les digestifs, les absorbants es antiseptiques?

l importe donc de savoir reconnaître ces états si impor-ts de spasme et de contracture des différentes régions tube digestif, et de savoir quelles sont les régions qui vent en être affectées, et pourquoi certaines régions tôt que d'autres. Une sorte de massage particulier, à la doux et pénétrant, et surtout très calmant, que l'au-r désigne sous un nom qui le définit, la *palpation pro-gée* constitue à la fois le moyen de diagnostic et le pro-lé de traitement; son effet est certain et généralement s rapide, pourvu que l'on sache où et comment il faut pliquer.

De même que les spasmes des organes abdominaux érus, vessie) peuvent se communiquer au tube digestif, même le spasme et la contracture des différentes por-ns du tube digestif retentissent souvent sur les organes sins (canal cholédoque, ictère ; utérus, vessie, urèthre). s spasmes secondaires cèdent, sans traitement particu-r, dès que l'on fait cesser ceux du tube digestif qui les aient engendrés.

Ce procédé ouvre donc une voie nouvelle et très féconde, ssi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique.

De l'exploration externe. — M. le professeur Pinard aris) *rapporteur*. L'exploration externe, appelée encore ouchement, toucher abdominal, palpation externe et ns communément aujourd'hui palper abdominal, cons-ue pour l'art obstétrical l'un des plus puissants moyens nvestigation.

Ce mode d'exploration, connu depuis un temps immémo-al, n'a commencé à être employé fructueusement que puis le commencement de ce siècle; mais c'est seule-ent dans la seconde moitié, et surtout depuis ces vingt rnières années, que son étude s'est complétée et que son plication méthodique a permis d'obtenir les résultats qui torisent à proclamer la nécessité de son emploi chez toute mme enceinte.

Facile à enseigner et à apprendre, facile à pratiquer, le lper abdominal est le facteur qui éclaire le mieux le agnostic de la grossesse normale ou compliquée, simple multiple, utérine ou ectopique.

Certains diagnostics : grossesses triples, hydrocépha-, etc., n'ont pu être posés d'une façon affirmative que puis son application méthodique.

Pendant la grossesse, il détermine dans nombre de cas les indications opératoires prophylactiques et curatives.

Pendant le travail, bien que donnant encore des résultats précieux, son importance le cède à celle de l'exploration interne : toucher vaginal, digital ou manuel.

Pendant la délivrance sa puissance reparaît et est égale à celle de l'exploration interne, mais à des moments différents.

Pendant les suites de couches, il doit seul renseigner dans les cas physiologiques et l'on ne doit y joindre l'exploration interne que dans certains cas pathologiques.

La sérothérapie dans l'infection puerpérale. — M. V. Wallich (Paris). Les chiffres de la morbidité et de la mortalité observés dans une statistique importante n'ont pas été sensiblement modifiés par l'institution méthodique de la sérothérapie à l'aide du sérum de Marmorek, employée concurremment avec les moyens ordinaires de traitement local et général de l'infection puerpérale.

La médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins. — M. Jouin (Paris), a appliqué la médication thyroïdienne au traitement des états congestifs du pelvis et à la cure des fibromes de l'utérus.

Cette médication, d'origine française, toujours favorable, mérite de prendre place dans la thérapeutique à côté de tous les agents décongestionnants et en particulier de l'électricité. Elle agit particulièrement de la façon la plus heureuse sur l'élément hémorragique.

Grâce à elle on peut obtenir la guérison complète et définitive des hémorragies purement fonctionnelles si tant est qu'il en existe, et même des hémorragies qui relèvent de lésions simples et bénignes (ménopause, flexions, versions, etc.).

Elle arrête toujours l'évolution des fibromes, en amène souvent la régression et permet d'obtenir la guérison des cas simples et soumis prématurément à cette médication.

Pathogénie de l'obésité. — M Le Gendre, de Paris. Avant d'aborder la pathogénie de l'obésité, il n'est pas inutile de résumer son étiologie, telle que la met en lumière l'observation clinique.

Les causes prédisposantes sont l'hérédité et le sexe féminin. L'hérédité se manifeste, soit sous la forme similaire, soit sous l'apparence de la diathèse bradytrophique, l'arthritisme. On trouve chez les ascendants des obèses l'obésité, le rhumatisme et la goutte, l'asthme, les lithiases, le diabète, la dyspepsie, l'eczéma, la migraine, les hémorroïdes, etc., et dans leurs antécédents personnels ce sont encore les mêmes maladies dont le lien commun est un état diathésique, une modalité vicieuse de la nutrition dans le sens du ralentissement (Bouchard). Le lymphatisme, autre état diathésique où la nutrition est ralentie, prédispose aussi à l'obésité.

La femme est deux fois plus exposée à l'obésité que l'homme, non seulement parce qu'elle est plus sédentaire, mais parce que diverses circonstances de sa vie génitale, en particulier la grossesse et la lactation, ralentissent encore sa nutrition.

Les causes occasionnelles sont le régime alimentaire défectueux, soit par la prédominance des aliments féculents et sucrés plutôt encore que des graisses; la dyspepsie, dont nous expliquerons plus loin l'influence pathogénique; l'usage habituel de l'alcool et peut-être l'abus des liquides;

la sédentarité ordinaire, et surtout le passage brusque d'une vie active à une vie sédentaire et la cessation subite de longues privations (cas fréquents d'obésité après le siège de Paris).

Citons encore certaines circonstances d'ordre pathologique telles que : les anémies par pertes de sang abondantes ou prolongées et la chlorose ; une maladie aiguë grave (fièvre typhoïde, par exemple) ou chronique (syphilis), aussitot après laquelle l'obésité commence à se manifester.

Comment peut-on interpréter l'influence de ces diverses circonstances étiologiques? Quelles sont les origines de la graisse et pourquoi s'accumule-t-elle en excès chez les obèses?

La graisse pénètre dans l'organisme par la voie alimentaire, mais non pas exclusivement sous forme de matières grasses; notre économie fabrique de la graisse avec les matières albuminoïdes et avec les matières hydro-carbonées (féculents et sucres).

Suivons d'abord l'évolution des graisses.

Les graisses qui sont introduites dans le tube digestif peuvent être de la graisse neutre, des triglycérides, des savons (stéarates de bases alcalines), des acides gras qui prédominent souvent dans les graisses végétales (l'acide oléique, palmitique, etc.). Dans l'estomac s'opère la dissolution de la gangue albuminoïde qui enveloppe la graisse et certaines graisses commencent à se liquéfier. La liquéfaction est une condition préparatoire à l'émulsion, qui a pour effet d'augmenter la surface de contact de la graisse avec les villosités de l'intestin grêle. Les matières grasses subissent l'action simultanée (il faut qu'elle le soit) de la bile et du suc pancréatique. L'émulsion très fine permet l'absorption de la graisse neutre. Mais une partie des graisses se dédouble en glycérine et en acides gras. La glycérine se combine à l'état naissant avec l'acide phosphorique, qu'a mis en liberté l'action de l'acide chlorhydrique du suc gastrique sur les phosphates alimentaires, et pénètre dans l'économie comme acide phospho-glycérique. Les acides gras se combinent en général aux bases alcalines pour former des savons solubles et absorbables. La glycérine et les acides gras sont brûlés facilement dans la circulation par l'oxygène pour contribuer avec les hydro-carbones a dégager de la chaleur et de l'énergie et aboutir à former de l'eau et de l'acide carbonique.

Les produits de la digestion intestinale des graisses reconstituent des gouttelettes de graisse neutre dans les lymphatiques de l'intestin. L'ingestion même de savons est suivie de l'apparition de graisse neutre dans les chylifères ; c'est l'organisme qui a fourni la glycérine nécessaire à cette reconstitution ; il y a là une sélection opérée par les cellules de la paroi intestinale, par suite de cette sorte de conscience cellulaire dont l'économie fournit tant d'autres exemples.

La graisse se trouve en abondance dans le sang après les repas, au point que le sérum peut prendre l'aspect lactescent du chyle ; mais elle disparait rapidement même sans que l'individu fasse d'exercice; elle passe dans les leucocytes, dans les cellules du foie, dans les vésicules adipeuses, formant ainsi des dépôts temporaires dans les cellules mobiles et fixes.

La graisse en dépôt dans une cellule ne participe pas en réalité au mouvement moléculaire de celle-ci ; elle n'en est pas partie constituante ; il faut un excès d'ingestion de graisse ou un excès d'exercice pour faire augmenter ou diminuer la qualité des gouttelettes graisseuses qui so dans la cellule.

La graisse est une source énorme d'énergie en réserv c'est comme un dépôt de charbon qui ne brûle pas, m qui est prêt à être transporté des magasins dans les fou neaux.

Il reste à rechercher comment les graisses accumulé dans le tissu adipeux et les autres lieux de l'organisme elles sont en dépôt peuvent être remises en circulati pour être utilisées par l'organisme. Cette question a é posée et résolue par M. Hanriot.

L'expérimentation a prouvé l'existence dans le seru d'un ferment non figuré, diastasique, détruit par le chau fage à 90°, pouvant agir à l'abri de l'oxygène, très stabl et que M. Hanriot a appelé lipase. M. Hanriot a constaté réaction de la lipase avec des intensités variables dans sérum d'hommes en santé, et des mammifères suivant chien, cheval, bœuf, veau, mouton, âne, cobaye et lapin.

Il a ensuite cherché à évaluer la quantité relative lipase des divers tissus de l'organisme, au moyen d'inf sions de ces tissus au même degré de concentration et constaté que seuls les pancréas et le foie en contienner On ne peut attribuer la production de la lipase ni au tes cule, ni au corps thyroïde, ni à la rate, ni aux capsul surrénales, dont l'influence sur l'engraissement où l'ama grissement est cependant hors de doute (car on n'en trou pas dans ces tissus), ni au pancréas, puisque le serum e aussi actif après l'ablation de cet organe; ni aux globul sanguins ; car le plasma contient encore le ferment apr avoir été séparé des globules par centrifugation.

Ainsi il existe dans le sang un ferment lipasique dont rôle dans les actes de dénutrition est de solubiliser les r serves graisseuses et de les remettre en circulation po qu'elles soient comburées.

Il faut distinguer cette action lipasique du sang, q n'entraîne que la saponification des graisses, de l'acti lipolytique, signalée par Cohnstein et Michaelis, qui appa tient seulement aux globules sanguins et qui consiste une oxydation complète des graisses pour aboutir à la fo mation d'acide carbonique et d'eau.

L'organisme peut faire de la graisse avec de l'albumin Voit a pu engraisser le chien avec de la viande absolume dépouillée de graisse, mais il fallait fournir à l'animal u quantité de viande égale à 1/20 de son poids. Un homn de 60 kilogrammes devrait donc, pour engraisser, ingér 3 kilogrammes de viande ; or, il n'en peut digérer 2 kil grammes et ce mode d'alimentation a pour conséquen l'accumulation d'acide urique dans le sang.

Que sait-on sur la formation de graisses dans l'économ directement par destruction de l'albumine?

Bauer (1871), ayant mis un chien à l'état d'inanitio l'empoisonne par le phosphore au bout de 12 jours. Il con tate que le vingtième jour de l'inanition il y a dans le fo et dans les muscles 2 et 3 fois plus de graisse qu'à l'é normal et il suppose que l'excès de graisse dans ces tiss ne résulte pas d'un simple déplacement. Mais cette inte prétation n'est pas irréfutable, puisque Hoffmann (1872) Falk (1877) ont encore trouvé, après 20 jours d'abstinenc de la graisse dans le tissu cellulaire.

On a invoqué comme preuve de la formation de grais aux dépens de l'albumine la production d'acide palmitiq dans la putréfaction de celle-ci (Salkowsky, 1891) et la fo

ation du « gras de cadavre » (Lehmann, 1888, Salkowsky); en pourrait tout au plus conclure que les bactéries font la graisse avec de l'albumine.

On a dit que des larves de mouches carnivores, nourries ulement de viande dégraissée, fabriquent de la graisse : réalité Fr. Hoffmann a déposé sur du sang des larves de ouches et le taux de la graisse a décuplé dans la masse 885), mais le sang s'était putréfié, et là encore il y a fonc- on de bactéries.

Subbotin, Kemmerich (1886), Voit (1869), ont constaté ue des chiennes, nourries seulement de viande maigre, créaient un lait plus riche en graisse. Il est bien peu pro- ible que cette graisse vînt de leur tissu cellulaire ; car s expériences ont duré vingt-deux jours et la perte quo- dienne en graisse était de 68 grammes.

Pettenkofer et Voit (1862-1871), après l'alimentation par viande sans graisse, ont retrouvé dans l'urine et les ma- ères fécales tout l'azote ingéré, mais n'ont pas retrouvé ut le carbone dans l'urine, les matières fécales et l'air xpiré. Il y a donc du carbone qui est resté dans le corps combinaison non azotée. Ce ne peut être à l'état de gly- ogène, ce doit être à l'état de graisse. Voilà une très rande probabilité, mais non un certitude ; car là encore n a invoqué l'action des bactéries intestinales.

La graisse peut dériver des hydrates de carbone.

D'après les expériences de Chaniewski, Mung, etc., sur engraissement des oies, des chiens et des porcs, 70 à 80 our 100 de la graisse formée dans l'organisme proviennent a dédoublement des hydro-carbones.

Pflüger (1892) dit que l'amidon ne fait de graisse que uand on en ingère en excès. Quand on ingère de l'amidon à du sucre, on dégage d'abord plus de calories ; mais il rrive un moment où, tout en augmentant la quantité de ucre, on n'augmente plus le nombre de calories perdues. ce moment, pour 256 grammes d'amidon ingéré en plus, se forme 100 grammes de graisse et il se trouve que l'é- ergie potentielle de 256 grammes de glycose est préci- ément égale à celle de 100 grammes de graisse (soit 16 cal. 1).

La production de la graisse par élaboration directe des ydrates de carbone a été prouvée par Tschervniskij, Meissl t Strohmer, Rubner.

La chimie n'ayant pas encore élucidé le mécanisme de ette transformation, on admet que la cellule animale jouit e la propriété de fabriquer de la graisse par synthèse, omme les cellules végétales fabriquent un nombre consi- érable de substances particulières.

Quand il y a du glycogène en excès accumulé dans les ellules hépatiques et musculaires, il se transforme en raisse ; mais nous ne connaissons pas les produits inter- médiaires ; on disait autrefois que ces transformations ont opérées par la vie des cellules ; en réalité, c'est par es ferments.

Dans le tube digestif, c'est par un ferment que la graisse st émulsionnée ; par un autre, un des ferments pancréa- iques, qu'elle est dédoublée, puis saponifiée pour former es acides gras et de la glycérine.

Quand ces produits de dédoublement traversent la mu- ueuse intestinale, ils rencontrent un ferment qui recons- itue la graisse à l'état dont l'animal spécial a besoin ; quels ue soient les corps gras mis dans l'intestin, on trouve dans e chyle trois graisses, et, dans le chyle des animaux nour- ris avec des tourteaux d'huile de ricin, on trouve de la tristéarine, de la trioléine, de la tripalmitine.

Dans le sang se trouve la lipase, le ferment qui trans- forme si vite les substances grasses pour donner naissance à des acides, ferment qui, nous venons de le dire, est fa- briqué par le pancréas.

Les modifications dans l'abondance ou l'activité des divers ferments peuvent expliquer divers états pathologiques.

L'augmentation du ferment qui hydrate l'albumine amène une augmentation de glycogène ou une surproduc- tion de graisse ou d'urée ; d'où résultent l'obésité, ou l'hy- perglycémie et la glycosurie avec azoturie.

La diminution du ferment qui détruit le sucre aboutit à la glycosurie par insuffisante destruction du sucre sans aug- mentation d'urée.

De même, la diminution du ferment qui transforme le sucre en graisse aboutit à l'amaigrissement ; son augmen- tation, à l'obésité, Chacun de ces états morbides (amaigris- sement, obésité, glycosurie) peut exister avec ou sans azoturie, suivant qu'il y a en même temps modification par excès ou par défaut dans la production du ferment qui hy- drate l'albumine.

En récapitulant les causes que l'expérience clinique as- signe à l'obésité, en s'aperçoit qu'elles peuvent être rangées sous deux chefs.

Il y a *celles qui s'opposent à la destruction de la graisse* dans l'économie, en entravant l'apport de l'oxygène qui est nécessaire pour comburer les graisses ; à cette catégorie adpartiennent les anémies, les chloroses, les hémorrhagies, les saignées, qui ont toutes pour effet de diminuer le nom- bre des globules ou de les priver d'hémoglobine ; la séden- tarité et l'absence d'exercice musculaire agissent dans le même sens en laissant tomber au minimum compatible avec la vie l'oxygène introduit par la respiration, tandis que le mouvement, la marche en accélérant la respiration introduisent plus d'oxygène dans le sang par la voie pul- monaire.

Une seconde catégorie de causes sont celles *qui accrois- sent la production de la graisse* dans l'économie, soit en augmentant l'apport des graisses par l'alimentation, soit en favorisant la formation de graisses aux dépens des hydro- carbures et des albuminoïdes.

L'introduction d'aliments gras en excès contribue à l'ac- cumulation de la graisse dans l'organisme, cela est naturel et ne souffre pas de contestation. Mais ce mécanisme de l'obésité ne saurait être ni unique, ni constant, ni même prédominant sur les autres, puisqu'il est prouvé par l'ob- servation que l'homme sain peut user et même abuser de la graisse sans aboutir à la polysarcie, que la plupart des obèses ne consomment pas plus de graisse que n'en com- porte le régime normal, et que beaucoup deviennent ou restent obèses en s'abstenant presque complètement de l'usage des graisses.

Les graisses peuvent n'être pas apportées en excès par l'alimentation, mais être mal élaborées dans le tube diges- tif par suite d'un état dyspeptique ; alors, introduites dans la circulation sous forme de graisse neutre dissoute ou de graisse émulsionnée, plus rebelles à l'oxydation que les acides gras, elles s'accumulent plus aisément dans le tissu adipeux.

Ensuite nous avons vu qu'on peut faire engraisser des animaux en les privant complètement de matières grasses,

si on leur donne en quantité suffisante des matières albuminoïdes.

Ainsi s'explique que de gros mangeurs, se nourrissant de viande exclusivement, deviennent obèses. On voit encore des hommes qui deviennent obèses, sans faire abus de graisse ni de matières azotées, mais en usant avec excès des farineux, comme on engraisse les oies, le bœuf, le porc par une alimentation riche en fécules.

En résumé, tous les aliments, quaternaires ou tertiaires, peuvent contribuer à faire de la graisse, soit directement, soit indirectement. Pris seuls, les aliments azotés n'engraissent que s'ils sont pris en grande quantité; ils contribuent plus rapidement à l'engraissement s'ils sont associés dans l'alimentation à une certaine quantité de graisse et d'hydrocarbures. Les aliments hydrocarbonés sont ceux qui favorisent le plus l'engraissement.

Les *boissons* contribuent-elles à l'obésité et de quelle manière? Ont-elles un rôle dans la nutrition? Les physiologistes jusqu'à ces dernières années admettaient tous que l'urée et les matières minérales augmentent dans les urines quand on prend des boissons abondantes. Est-ce seulement parce que l'ingestion d'une plus grande quantité d'eau opère un lavage plus complet des tissus, comme l'a soutenu Jeanneret? Faut-il admettre, avec Ch. Robin, que l'eau, soit par son contact direct avec la masse alimentaire après ingestion, soit en provoquant une hypersécrétion intestinale après absorption, dissout une plus grande quantité de substances que l'intestin absorbe? Mais M. Debove a soutenu que l'eau n'a aucune influence sur la nutrition.

La question de l'influence de l'eau sur la nutrition a été portée par lui devant la Société médicale des hôpitaux de Paris en 1885 et 1886. M. Debove a fait ses premières expériences sur une hystérique hypnotisable qu'il soumit pendant trois mois au même régime alimentaire; seulement pendant le premier mois elle ne buvait par jour qu'un litre de tisane et pendant les deux autres elle en a bu quatre. On avait pris les précautions nécessaires pour écarter toute supercherie; dans ces conditions, les variations de poids du sujet ont été insignifiantes; il pesait 57 kilos à la fin comme au commencement de l'expérience. Pendant les trois mois, l'urée n'a ni augmenté, ni diminué. M. Debove en conclut que la quantité d'eau ingérée ne joue aucun rôle dans l'engraissement et qu'il est inutile de restreindre les liquides aux obèses.

M. Alb. Robin répondit à cette argumentation en rappelant d'abord les expériences de Genth, desquelles il résulte que l'ingestion d'une grande quantité d'eau ou de liquide augmente l'excrétion de l'urée et des sels de l'urine. Cet excès provient-il d'un lavage plus parfait des tissus ou d'une désintégration organique plus complète? Des deux à la fois, pense M. A. Robin. Mais la désintégration peut résulter d'une exagération des oxydations ou des combustions.

On devient gras de deux façons : tantôt parce que l'assimilation augmente et tantôt parce que la désasssimilation diminue. Dans le premier cas l'eau doit être proscrite, dans le second elle est inoffensive.

Le point délicat est de savoir à quelle variété d'obèses on a affaire. Dans ce but il faut avoir recours au dosage de l'urée et diviser les obèses en 3 catégories, suivant que l'urée est augmentée, stationnaire ou diminuée. Lorsque le chiffre de l'urée est stationnaire, ce qui est le plus fréquent, il faut calculer le *coefficient d'oxydation*; son élévation permet d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un *obèse par excès d'assimilation*, et sa diminution, d'un *obèse par défaut de désassimilation*. Dans le premier cas de même que s'il y a augmentation de l'urée, l'eau et les liquides doivent être proscrits du régime; dans le second de même, s'il y a diminution de l'urée, on peut permettre aux obèses de boire à volonté.

M. Debove a repris ses recherches en expérimentant non plus sur une hystérique, mais sur 3 sujets, dont son élève M. Flamant. Il les fit alimenter exclusivement de viande crue, de pain frais et d'eau pendant toute la durée de l'expérience (38 jours dans un cas). Une fois l'équilibre de poids obtenu, la quantité d'eau a été doublée, triplée, la quantité de pain et de viande restant invariable; dans ces conditions et pendant toute la durée de la seconde partie de l'expérience, ni le poids du corps, ni le chiffre de l'urée excrétée par l'urine n'ont varié. M. Debove a donc maintenu sa première conclusion, à savoir que la quantité d'eau ingérée n'a pas d'influence sur la nutrition, à moins qu'elle ne soit restreinte à une privation presque absolue, qui alors peut faire maigrir en troublant la digestion.

Le désaccord entre les résultats obtenus par M. Debove et M. A Robin vient probablement, suivant ce dernier, de ce que les deux expérimentateurs ne se sont pas placés sur le même terrain, l'un commençant par faire maigrir les sujets de ses expériences jusqu'à ce que leur poids reste fixe (moment où il double et triple leur ration d'eau; dans ces conditions il n'est pas étonnant qu'ils n'engraissent pas car l'eau n'a aucune action sur l'assimilation chez les individus, qui, sous l'influence d'un certain régime, ont déjà perdu toute la quantité de poids qu'ils étaient suceptibles de perdre. M. A. Robin, lui, a opéré sur des obèses.

Depuis cette discussion M. Briquet a fait connaître la fréquence de l'obésité chez certains ouvriers d'Armentières (Nord, les « pareurs », qui encollent le fil dans les tissages de toile. Ces hommes qui travaillent dix et onze heures par jour dans une atmosphère surchauffée (35°, 45° et même 50° l'été) et chargée de vapeurs d'eau. On compte parmi eux 51 p. 100 d'obèses, tandis que l'obésité ne se rencontre que chez 5 p. 100 des ouvriers employés dans les autres ateliers des mêmes tissages.

M. Briquet, frappé avec juste raison de cet écart énorme en recherche les causes. Ces pareurs dépensent beaucoup de forces; et pourtant 80 p. 100 d'entre eux sont petits mangeurs et ont une nourriture surtout azotée. En revanche, ayant des sueurs abondantes, ils boivent beaucoup (5 litres par jour, souvent plus en été). Outre les boissons destinées à compenser leurs pertes d'eau par sudation, ils prennent de l'alcool (d'un verre à un demi-litre), mais les autres ouvriers non obèses en boivent autant. Leur boisson comprend 4 litres de bière (contenant de l'alcool et de la dextrine), mais c'est une bière peu nutritive, et d'ailleurs les autres ouvriers en boivent autant sans engraisser comme eux, de sorte que c'est surtout à la quantité des liquides qu'on doit attribuer leur obésité. La présence d'une grande quantité de vapeur d'eau dans l'atmosphère où ils vivent doit jouer également un rôle, car les lustreurs des retorderies de fil de lin à Lille, qui travaillent dans une même température de 40° à 45°, mais sèche, sont presque tous maigres.

Briquet, d'Armentières, admet : 1° avec Debove que chez l'homme sain, si on augmente brusquement pendant 2 ou

ıois la quantité d'eau ingérée, on ne produit pas d'en-
issement : 2° avec A. Robin, que chez l'homme obèse
ıu est indifférente dans certains cas, nuisible dans d'au-
s ; 3° qu'un homme travaillant plusieurs années dans
e atmosphère chaude et humide et obligé de boire beau-
ıp, a une tendance marquée à l'engraissement.

L'alcool en tout cas favorise l'obésité par plusieurs mé-
ıismes : en produisant la dyspepsie, en ralentissant la
trition, puisqu'il diminue l'excrétion d'urée et l'exhala-
n d'acide carbonique par la voie pulmonaire, ou comme
l'a dit aussi, en empêchant le sucre de s'oxyder com-
ètement, de sorte que celui-ci fournit de la graisse au
u d'aboutir à l'état d'eau et d'acide carbonique.

Une autre part doit être faite à *l'influence du système
rveux*, qui est évidente dans certains cas, mais dont le
écanisme est encore assez obscur. On a d'abord remar-
é que l'adipose sous-cutanée apparaissait dans certaines
ions sous l'influence de névralgies ou accompagnait
s troubles trophiques du système musculaire (Bonnefin
50, Berziel 1864). Colette, dans une thèse inspirée par
bler en 1872, a signalé l'adiposité au voisinage de phleg-
asies mono-articulaires. Duchenne, de Boulogne, avait
jà noté la lipomatose des régions paralysées. M. Fernet
M. Landouzy ont insisté sur l'adiposité sous-cutanée
s sciatiques avec amyotrophie, et ce dernier, Thèse de
rgne (1878), dans les hémiplégies de cause cérébrale. On
ut admettre que l'accumulation de la graisse dans les
rties paralysées résulte, soit de ce que les muscles, ne
nctionnant plus, cessent de brûler la graisse, soit de ce
e l'oxydation de la graisse est enrayée, comme les au-
s combustions locales, par les troubles vaso-moteurs qui
istent dans les membres paralysés. A l'appui de cette
conde opinion, M. Landouzy a invoqué la diminution de
température locale constatée par lui sur les membres
état d'amyotrophie et de lipomatose sous-cutanée.

En généralisant ces faits, on arrive à s'expliquer la coïn-
dence de certaines affections nerveuses avec l'obésité.
n voit assez souvent des hystériques atteintes d'une poly-
rcie monstrueuse ; M. Bouchard en 1873 a prouvé que
rtains accidents de l'hystérie s'accompagnent d'un ex-
ême ralentissement de la nutrition, et si, en dehors de
rtaines manifestations déterminées de leur névrose, les
ystériques ont une nutrition normale (G. de la Tourette
Cathelineau), il ne nous répugne pas d'admettre que
ıez quelques-unes de ces femmes l'inhibition des muta-
ons nutritives puisse être exercée par le système nerveux
ır la destruction des matières grasses. De même que l'hy-
erglycémie qui constitue le diabète peut résulter d'une
ıfluence nerveuse, il est admissible qu'il puisse exister
ne lipémie et une adipose généralisée d'origine nerveuse.

Dans certains cas on peut faire jouer un rôle à une in-
ıffisance du myocarde, aboutissant à des stases et à des
dèmes qui fournissent des éléments à la surcharge grais-
euse de certaines régions.

En mettant à part l'obésité acquise soit par un régime
limentaire vicieux, soit par quelque circonstance qui
ıodifie accidentellement la nutrition, nous avons vu la
*écessité d'accorder la plus grande part dans la pathogénie
e l'obésité à une influence constitutionnelle, héréditaire et
iathésique*, et nous concluons, avec MM. Proust et A. Ma-
ıieu, que si les deux facteurs de l'obésité sont en résumé
excès des recettes et l'insuffisance des dépenses, ils ne
peuvent rien dans les conditions ordinaires de la vie humaine sans une prédisposition, qui est une modification héréditaire de l'activité cellulaire, une viciation préalable de l'innervation trophique. *L'obésité est une des modalités de l'arthritisme.*

De la physiologie pathologqiue des thromboses et des coagulations sanguines. — MM. Cornil et René Marie. 1° L'organisation des caillots intra-vasculaires se fait aux dépens des éléments cellulaires de la tunique interne des vaisseaux, cellules endothéliales de l'endoveine ou de l'endartère. Le réticulum fibrineux du caillot sert de soutien à la végétation de ces éléments.

2° Les phénomènes d'organisation sont très rapides ; ils commencent, dès le premier jour, par des modifications dans les cellules endothéliales. Les néo-capillaires apparaissent vers le troisième et quatrième jour et le tissu conjonctif vers le neuvième et dixième.

3° L'étendue et le degré du traumatisme que l'on fait subir au vaisseau ont une certaine influence sur l'étendue et la rapidité de l'organisation. La septicité du caillot retarde, au contraire, les phénomènes.

4° Les phénomènes d'organisation sont partout les mêmes, quel que soit le siège de la coagulation sanguine, vaisseau, cœur, poumon, tissu cellulaire. Selon le siège, l'agent de l'organisation est la cellule endothéliale vasculaire, cardiaque, pulmonaire, ou bien la cellule fixe du tissu conjonctif, dont les autres ne sont que les dérivés.

Fragmentation spontanée des calcus urinaires. — M. Severeano (de Bucarest). — Observation d'un jeune malade de 18 ans qui souffrait depuis l'âge de 2 ans, avec intermittences, était pris de violentes douleurs pendant la miction ; les phénomènes augmentaient d'intensité à la suite d'une chute sur l'abdomen. L'urine était claire, en quantité habituelle, et ne contenait pas de sang. Le toucher rectal laissait sentir une petite tumeur dans la vessie, et à la pression on avait la sensation de plusieurs corps étrangers glissant les uns sur les autres. Il s'agissait évidemment de calculs. Par une taille transversale sus-pubienne, l'auteur retira deux calculs, placés l'un à côté de l'autre, du poids total de 30 grammes. Ce n'étaient que les deux fragments d'un même calcul. Réunis ils formaient un corps elliptique, aplati sur deux faces ; leur consistance était dure et présentait une forte résonnance.

La théorie de la fragmentation provenant d'une contraction de la vessie (occasionnée dans ces cas par une chute) paraîtrait fournir l'explication la plus vraisemblable.

De la lithotritie en une séance comme le meilleur mode de traitement des calculs vésicaux de grandes dimensions. — M. H. Milton (Caire). Cette communication est basée sur les résultats d'environ 550 cas de calculs vésicaux, dont plus de 100 pesaient 50 grammes et davantage. Ces grands calculs sont exposés au Musée du Congrès.

La lithotritie a été le traitement appliqué dans la majorité des grands calculs parmi lesquels il y en avait qui pesaient plus de 200, 300 et 400 grammes.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Tous les calculs, quelque grands et durs qu'ils soient, peuvent être extraits par la lithotritie en une seule séance

2° La lithotomie périnéale ou sus-pubienne peut donner des résultats presque aussi bons que ceux obtenues par la

lithotritie dans le traitement de petits calculs; mais la lithrotie est d'autant plus indiquée que le calcul est volumineux et que le malade est épuisé.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Histoire d'un homme qui voit par le nez (1)

Plusieurs auteurs de la fin du seizième et du commencement du dix-septième rapportent qu'un homme, ayant successivement perdu les deux yeux, s'était appris à voir par le nez et à reconnaître ainsi ce qu'il présentait à cet organe.

Ce récit semble, au premier abord, fabuleux et faire suite aux nombreuses croyances irraisonnées du moyen âge. L'on pourrait encore croire qu'il s'agit de quelque chose de semblable aux supercheries dont nos magnétiseurs modernes se sont servis pour mystifier le public; supercheries qui ont eu pour effet malheureux de maintenir trop longtemps les savants en méfiance et de retarder ainsi de près d'un demi-siècle l'étude scientifique des phénomènes hypnotiques. Le cas dont nous nous occupons ici n'est pas une fable. Loin d'être mystérieux, il a contribué à corroborer dès sa naissance la théorie du mécanisme de la vision.

Voici en quelques mots l'histoire de cet homme. C'était un habitant de la campagne qui avait eu le malheur de perdre l'œil droit quand il était encore enfant. Parvenu à un âge un peu plus avancé, un jour qu'il était monté sur un cerisier, il tomba de cet arbre et son visage vint heurter le sommet d'un piquet qui émergeait d'un buisson. Le choc fut si violent, que le nez, la joue et l'œil gauche avec ses deux paupières et le sourcil furent horriblement mutilés. Le chirurgien appelé à le soigner crut que le globe de l'œil avait été complètement arraché et qu'il devait être adhérent au piquet.

Un an plus tard, quand tout était déjà cicatrisé, notre homme, se chauffant au soleil au milieu de l'herbe, s'aperçut qu'il distinguait, par la cavité du nez, la clarté du jour et la couleur des fleurs qui l'entouraient. Dès ce moment il s'exerça pendant cinq ou six ans de suite à regarder avec son nez, qui devint pour lui l'organe de la vision. Il finit ainsi par distinguer tous les objets, pourvu qu'ils fussent placés en bas, car il était insensible à toute lumière venant d'en haut.

Remarquons que les organes qui furent brisés comprenaient à la fois le sourcil et le nez, et que par conséquent la rencontre du visage avec le pieu n'avait pas dû se faire dans la direction de l'axe de l'œil, mais très obliquement. Si donc les humeurs de l'œil se sont écoulées au dehors, et si en même temps la paroi inférieur de l'orbite a été percée, les membranes, et en particulier la rétine, ont pu être préservées au fond de l'œil.

Quand toutes les plaies ont été guéries, que les paupières cicatrisées ont eu fermé en avant la cavité oculaire, il a dû rester dans la boîte osseuse une petite ouverture mettant cette cavité en communication avec les fosses nasales. Le cas de cet homme voyant par le nez, qui passait à juste titre pour merveilleux, reçut ainsi une application rationnelle. Il servit de preuve expérimentale à la théorie par laquelle la rétine est assimilée à l'écran de la chambre noire des physiciens, où viennent se former les images des objets extérieurs, même en l'absence de tout milieu réfringent, pourvu que les rayons lumineux ne puissent y arriver qu'après avoir traversé une ouverture très étroite (2).

(*Revue médicale de Québec.*) E. DONLIOT.

(1) Nous faisons nos réserves sur les opinions émises par les anciens auteurs et relatives à la vision. Mais elles sont intéressantes au point de vue de l'histoire de la science. (*N. de la D.*)

(2) Voir Zalu, *Oculus artificialis teledioptricus.* — Nuremberga, 1702.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — CONGÉS ET COURS. — Voici l'indication des congés accordés pour l'année scolaire 1897-98, avec désignation des chargés de cours :

Congés. — M. le prof. Grancher est en congé pour le 1er sem. M. le prof. Bouchard est dispensé du service des examens.

Chargés de cours. — MM. Marfan (clin. des mal. inf.); Delbet (pathol., chirurg.); Broca (pathol., chirurg.); Varnier (accouch.); Bar (enseign. des élèves sages-femmes); Castex (clin. des mal. du larynx, des oreilles et du nez).

CLINICAT PROSECTORAT ET ADJUVAT. — Le personnel des chefs de clinique, des prosecteurs et des aides d'anatomie est fixé ainsi qu'il suit pour l'année scolaire 1897-98 :

Chefs de clinique. — Sont répartis de la manière suivante dans les cliniques médicales, chirurgicales, obstétricales et spéciales : 1° *Médicales* : a) *Charité* : MM. Lamy, chef de clin. titul. et Brodier, chef-adj.; b) *Pitié* : MM. Achalme, chef de clin. titul. et Gouget, chef-adj.; c) *Saint-Antoine* : MM. Tissier, chef de clin. titul. et Tiercelin, chef-adj.; a) *Hôtel-Dieu* : MM. Renon, chef de clin. titul. et Khan, chef-adj.; 2° *Chirurgicales* : a) *Hôtel-Dieu* : M. Cazin, chef de clin. titul.; b) *Necker* : la nomination aura lieu après le concours du 20 octobre; c) *Charité* : M. Souligoux, chef de clin. titul.; d) *Pitié* : MM. Reblaub, chef de clin. titul. et Banzet, chef-adj.; 3° *Obstétricales*; a) *Assas* : M. Dubrisay, chef de clin. titul.; b) *Baudelocque* : M. Baudron, chef de clin. titul.; 4° *Spéciales* : a) *Mentales* : MM. Antheaume et Dufour, chefs de clin. titul.; b) *Infantiles* : MM. Renault, chef de clin. titul. et Zuber, chef-adj.; c) *Nerveuses* : M. Gasne, chef de clin. titul.; d) *Ophtalmol.* : MM. Terson, chef de clin. titul. et Mermet, chef-adj.; e) *Voies urinaires* : la nomination aura lieu après le concours du 20 octobre; f) *Cutanées et syphil.* : MM. Gastou, chef de clin. titul. et Emery, chef-adj.

Prosecteurs. — MM. Delbet (Paul), Glantenay, Bouglé, Auvray, Riche, Marion, Savariaud et Gosset.

Aides d'anatomie. — 1° *Titulaires* : MM. Fredet, Lapointe, Pasteau, Courtillier, Cunéo, Ombrédanne, Brin, Le Fur, Veau, Dujarier, Roger, Herbet et Luys; 2° *Provisoires* : MM. Guibé et Proust.

Ecole de médecine d'Alger. — Par arrêté ministériel, en date du 2 août 1897, un concours s'ouvrira le 3 février 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de

nologie et de clinique chirurgicales et de clinique tétricale à l'école de plein exercice de médecine et de rmacie d'Alger.

cole de médecine de Besançon. — Par arrêté mi-ériel, en date du 14 août 1897, un concours s'ouvrira le évrier 1898, devant la Faculté de médecine de Nancy, r l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de siologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

n autre concours s'ouvrira, le 17 février 1898, devant ole supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de decine de Besançon.

es registres d'inscription seront clos un mois avant verture desdits concours.

Corps de santé militaire. — Par décision ministéricelle, date du 24 août 1897, les officiers du corps de santé mi-ire dont les noms suivent ont été désignés pour les tes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Baudoin, igné comme médecin-chef de l'hospice mixte de tres ; — Gély-Guinard, pour le 163e d'infanterie ; — nchetière, pour l'hôpital militaire de Bastia ; — Her-ntier, pour le 36e d'artillerie ; — Courtot, pour le 3e d'in-terie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Petit, pour 81e d'infanterie ; — Mandoul, pour le 40e d'infanterie ; — andèze, pour le 163e d'infanterie ; — Berthier, pour le 0e d'infanterie ; — Prieur, pour le 82e d'infanterie ; — irac, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied ; — Baru-l, pour le 22e d'infanterie ; — Janot, pour le 13e escadron train des équipages ; — Herr, pour le 45e d'infanterie ; — ssignol, pour le 89e d'infanterie ; — Terrail, pour l'hô-al militaire de Marseille ; — Julia, pour le 126e d'infan-rie.

MM. les médecins aides-majors de première classe rré, pour le 73e d'infanterie ; — Duron, pour le 27e ba-illon de chasseurs à pied ; — Althoffer, pour le 4e d'ar-llerie ; — Cultin, pour les hôpitaux militaires de la divi-on d'occupation de Tunisie ; — Moinet, pour le 5e cuiras-iers ; — Marotte, pour être employé comme surveillant à école du service de santé militaire à Lyon ; — Job, pour école militaire d'infanterie de Saint-Maixent ; — Marie, our le 3e chasseurs d'Afrique ; — Eybert, pour le 52e d'in-nterie ; — Vernet, pour les hôpitaux militaires de la di-sion d'Oran ; — Mariau, pour le 16e bataillon de chasseurs pied ; — Biraud, pour le 20e d'artillerie ; — Labaste, pour 34e d'infanterie ; — Du Roselle, pour le 13e cuirassiers ; — oux, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Lesnes, pour les hôpitaux militaires de la division de onstantine ; — Guichemerre, pour le 36e d'infanterie ; — uber, pour le 26e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe chneider, pour l'hôpital militaire d'Oran ; — L'Homme, our le 18e d'infanterie ; — Guichard, pour les hôpitaux ilitaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Li-ouzat, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Denis, pour le 6e cuirassiers ; — Stéfani, pour le 1er ba-aillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Bar, pour les hô-itaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Bouquet de Jolinière, pour le 66e d'infanterie ; — Petges, our le 7e bataillon de chasseurs à pied ; — Romary, pour e 3e d'infanterie.

Missions officielles. — Par arrêté ministériel du 31 juillet dernier : M. le Dr P. Gires est chargé d'une mission dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, à l'effet d'y étudier le fonctionnement des écoles dentaires.

— M. le Dr Robert Wurtz, agrégé de la Faculté de Paris, part aussi en mission. Il est chargé d'organiser un service vaccinal en Abyssinie, et d'étudier les maladies infectieuses de l'empire de Ménélick.

Congrès olympique du Havre. — Le Congrès olympique, avant de se séparer, a émis les quatre vœux suivants :

« Que chaque élève possède une fiche spéciale sur laquelle mention sera faite de son développement physique. Copie de cette fiche sera adressée à ses parents tous les semestres.

« Que l'enseignement de l'hygiène, de l'éducation physique et des sports athlétiques, soit introduit dans les trois ordres d'enseignement.

« Qu'il soit créé un service d'hydrothérapie dans tout établissement scolaire.

« Qu'il soit créé un diplôme supérieur de gymnastique comportant un examen écrit, oral et pratique. »

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal de médecine, le *Journal des Maladies nerveuses* qui, modestement, ne paraît que tous les mois, sous la direction de notre collaborateur, le Dr E. Verrier. Nous adressons à ce nouveau confrère la plus cordiale bienvenue.

Les végétariens et les frugivores. — Les adeptes du végétarisme se divisent comme on sait en deux classes : les *modérés* qui, à l'exemple de M. Sarcey, ne repoussent pas les légumes accommodés au gras, transigent avec les œufs et capitulent devant le poisson, et les *avancés* qui proscrivent de leur régime non seulement les œufs et le poisson, mais tout ce qui, directement ou non, provient d'un animal ; le lait et le beurre ne leur semblent pas moins funestes que le bouillon et le jus de viande ; ils les remplacent par l'huile d'olive ou de noix.

Mais, comme on est toujours le *modéré* de quelqu'un, les radicaux du végétarisme ont trouvé, en Amérique, leurs maîtres dans les *frugivores* qui, eux, ne se nourrissent que de fruits.

Partant de ce principe que le singe est de tous les mammifères celui dont la constitution présente avec la nôtre le plus d'analogies, ils en infèrent que la nourriture qui convient le mieux à l'homme doit être celle de son aïeul probable. C'est pourquoi, ayant constaté que le singe ne boit pas en mangeant, qu'il se nourrit de fruits secs ou frais à l'exclusion de tous légumes, ils ont fondé à New-York la Société d'alimentation naturelle, *Natural food Society*.

Cette Société créée depuis six ans à peine compte déjà des milliers d'adhérents qui vivent de noix, de cerises, d'amandes, de raisins et s'abstiennent de boisson. Les farineux sont tous particulièrement proscrits, « car ils engendrent les maladies nerveuses et hâtent l'ossification du système vasculaire, ce qui est le symptôme précurseur de la mort ».

La haine des frugivores pour les légumes en général est si grande que, pour faciliter aux néophytes la période de transition, ils préfèrent leur permettre momentanément un régime mixte de viande et de fruits.

De ces trois systèmes quel est le meilleur? Le choix est

difficile, les partisans de chacun d'eux se déclarent également satisfaits. Aussi, dans le doute, les non-initiés continueront à s'en tenir, dans un sage éclectisme, au régime de la *Cuisinière bourgeoise*, un plat de viande, un plat de légumes, fruits variés pour terminer.

Cures de terrain. — A propos du prof. OErtel qui vient de mourir.

Tout le monde connaît sa méthode de traitement des affections cardiaques et sa « cure de terrain ». Mais ce qu'on sait moins, c'est que ce traitement il l'expérimenta sur lui-même.

OErtel était en vrai Bavarois grand amateur de bière ; de plus il était légèrement gibbeux. Jeune encore, il commença à souffrir des symptômes de l'insuffisance cardiaque, œdème, oppression, etc., etc.

C'est alors qu'il adopta le régime qu'il recommandait en 1884 dans son ouvrage sur le « Traitement général des troubles de la circulation », réduction au minimum des boissons, surtout pendant les repas, abstention absolue des soupes, potages et autres aliments liquides, affermissement du cœur par les exercices physiques et en particulier par la marche sur un plan incliné.

Il en justifia la valeur par ses recherches chimiques et physiologiques et ainsi que les bénéfices qu'il en retira lui-même. Incapable depuis plusieurs années de faire plus d'une centaine de pas à la fois, il en arriva, grâce à sa méthode d'entraînement, à recouvrer une agilité de jeune homme et à escalader des montagnes comme à vingt ans. (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*).

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée. — *Excursions en Dauphiné.* — La Compagnie P. L. M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter à des prix réduits, les parties intéressantes de cette admirable région : La Grande-Chartreuse, les Gorges de la Bourne, les Grands Goulets, les Massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et le Massif du Pelvoux. etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide P. L. M. qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 0 fr. 75 en timbres-poste adressés au Service de l'Exploitation (Publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Nécrologie. — Le Dr Berthelot (Louis), médecin du ministère des postes et télégraphes, décédé à l'âge de 65 ans. — Le Dr Perès, de Monguilhem. — Le Dr Augé, de Reuilly (Indre), reçu en 1882. — Le Dr Charles Bouyer, fils, de Saintes, décédé à l'âge de 27 ans. — Le Dr Bordes-Pagès, de Seix (Ariège), ancien sénateur, reçu en 1844. — Le Dr Surmay, de Ham, ancien interne des hôpitaux de Paris (1848), l'un de ceux qui ont le plus fait pour la création en France d'un ordre des médecins.

La mortalité à Paris. — Pendant la trente-quatrième semaine, du 22 au 28 août 1897, le service de la statistique a compté 755 décès, chiffre très inférieur à celui de la semaine dernière 836 au lieu de la moyenne 888.

Les maladies épidémiques sont plus rares (14 au lieu de 22 et de la moyenne 51), la fièvre typhoïde a causé 2 décès au lieu de 8 et de la moyenne 11, la rougeole 9 au lieu 6 et de la moyenne 14, la coqueluche 1 au lieu de 5 et d moyenne 7, la diphtérie 2 au lieu de 2 et de la moyenne

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni scarlatine, ni par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 100 dé au-dessous de 1 an au lieu de 117 et de la moyenne 1 mais 8 enfants de 1 à 4 ans et 14 adultes ont succomb cette affection.

En outre 30 enfants sont morts de débilité congé tale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respi tion ont causé 43 décès (au lieu de 60 pendant la semai précédente et au lieu de 63, moyenne ordinaire de la s son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronch aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 8 ; bronch chronique 18 décès (au lieu de la moyenne 15) ; bronch pneumonie, 7 décès (au lieu de la moyenne 19) ; pneum nie 13 décès (au lieu de la moyenne 21). Les autres ma dies de l'appareil respiratoire ont entraîné 31 décès, do 18 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 165 décès au lieu de moyenne 178 ; la méningite tuberculeuse, 13 décès ; la m ningite simple, 14 ; les tuberculoses autres que celles q précèdent ont causé 25 décès ; l'apoplexie, la paralys et le ramollissement cérébral, 41 décès, et les maladi organiques du cœur, 36 ; le cancer a fait périr 61 pe sonnes. Enfin, 26 vieillards sont morts de débilité séni

Il y a eu 11 suicides, et 10 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 372 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.052 enfants vivan (542 garçons et 510 filles), dont 751 légitimes et 301 illég times. Parmi ces derniers, 48 ont été reconnus immédi tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 334 enfants, dont seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 93 seront nourr au sein et 241 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 75 mort-nés (dont 53 lég times et 22 illégitimes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Velpeau. — Discours prononcé par M. le Dr Le Doubl professeur à l'école de médecine de Tours. Broch. in- 24 p. Tours, E Arrault et Cie, 1897.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastas
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pu

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*